

補装具費支給意見書（重度障害者用意思伝達装置）

☐ 購入☐ 修理（交換）☐ 借受け

□ 特例

氏 名	
生年月日	年 月 日生 () 歳
住所	新潟県

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

1 - ①病名	1 - ②障害名・障害部位
---------	---------------

2. 現在の具体的な障害状況

①身体機能（筋力、麻痺、感覚障害など）

②現在の意思伝達の状況

☐ 発声 ☐ 筆談 ☐ 読唇 ☐ 文字盤 ☐ 50音読み上げ ☐ Yes-Noサイン(瞬き／指さし)

その他（ ）

③気管切開と人工呼吸器の使用有無

☐ 有(気管切開／人工呼吸器) ☐ いずれも無 ☐ 予定あり(気管切開／人工呼吸器)【 年 月頃】

④その他（視力、視野、聴覚、高次脳機能障害等の有無、意思伝達装置使用への影響の有無など）

3. 必要と考えられる装置

①機種・製品名

②入力装置の種類と操作方法

☐ タッチ式【部位： ☐ 視線検出式 ☐ 呼気検出式
☐ その他（ ）

4. 必要な理由

5. 使用頻度 ※①～③すべての欄を記入してください。

①1日あたり 時間程度 ②1週あたり 日間程度 ③連続使用時間 時間程度

6. 試用（デモ）状況の詳細 *可能であれば動画を添付してください。

7. 補装具使用による効果の見込み

上記のとおり、診断します。

年 月 日 医 療 機 関
診療科・医師名